



# Modelo 1

6° año  
de la Educación Primaria

# CUADERNILLO ÚNICO del estudiante

JURISDICCIÓN	CUE	ANEXO
SECCIÓN	TURNO	ID ALUMNO



Ministerio de Educación  
Presidencia de la Nación



Completá las siguientes preguntas con tus datos  
Pintá el cuadrado con la opción que corresponda a tu respuesta

**1** ¿Cuántos años tenés?  
(Seleccioná una sola opción)

10 años o menos	<input type="checkbox"/>
11 años	<input type="checkbox"/>
12 años	<input type="checkbox"/>
13 años	<input type="checkbox"/>
14 años o más	<input type="checkbox"/>

**2** Sos...  
(Seleccioná una sola opción)

Varón	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>

**3** **a.** ¿En qué país naciste?  
(Seleccioná una sola opción)      **b.** ¿En qué país nació tu mamá?  
(Seleccioná una sola opción)      **c.** ¿En qué país nació tu papá?  
(Seleccioná una sola opción)

Argentina	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>
Perú	<input type="checkbox"/>
Uruguay	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

Argentina	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>
Perú	<input type="checkbox"/>
Uruguay	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

Argentina	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>
Perú	<input type="checkbox"/>
Uruguay	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**4** ¿Con cuántas personas vivís?  
(Seleccioná una sola opción)

Una	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Tres	<input type="checkbox"/>
Cuatro	<input type="checkbox"/>
Cinco	<input type="checkbox"/>
Seis	<input type="checkbox"/>
Siete	<input type="checkbox"/>
Ocho	<input type="checkbox"/>
Nueve	<input type="checkbox"/>
Diez o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**5** ¿Con quién vivís?  
(Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutor/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6** ¿Cuántas habitaciones tiene el lugar  
donde vivís, sin contar la cocina y el baño?  
(Seleccioná una sola opción)

Una	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Tres	<input type="checkbox"/>
Cuatro	<input type="checkbox"/>
Cinco	<input type="checkbox"/>
Seis	<input type="checkbox"/>
Siete	<input type="checkbox"/>
Ocho	<input type="checkbox"/>
Nueve o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**7** ¿En el lugar donde vivís hay...  
(Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Canillas con agua de red	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cloacas, desagües	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión por cable o satelital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conexión a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8** ¿Cuáles de estas cosas hay en el lugar donde vivís? (Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Televisión por cable o satelital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heladera con freezer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavarropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9** Aproximadamente, ¿cuántos libros hay donde vivís? (Seleccioná una sola opción)

No hay libros	<input type="checkbox"/>
De 1 a 25 libros	<input type="checkbox"/>
De 26 a 50 libros	<input type="checkbox"/>
De 51 a 100 libros	<input type="checkbox"/>
Más de 100 libros	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**10** ¿Cuál es el máximo nivel educativo de tu mamá? (Seleccioná una sola opción)

No fue a la escuela	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Universitario o terciario incompleto	<input type="checkbox"/>
Universitario o terciario completo	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**11** ¿Cuál es el máximo nivel educativo de tu papá? (Seleccioná una sola opción)

No fue a la escuela	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Universitario o terciario incompleto	<input type="checkbox"/>
Universitario o terciario completo	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**12** ¿Tu mamá o tu papá pertenecen a pueblos indígenas o son descendientes de pueblos indígenas? (Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**13** ¿Con qué frecuencia te ocupás de las siguientes actividades en tu casa?  
(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Cuidar a algún hermano u otro familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar tareas del hogar como cocinar, limpiar, lavar la ropa, hacer las compras, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cultivar, cosechar en la huerta, trabajar la tierra o cuidar animales de granja para consumir en tu casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14** Además de asistir a la escuela, ¿ayudás a tus padres o familiares en su trabajo?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**15** ¿Trabajás fuera de tu casa para alguien que no sea parte de tu familia?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 17**

**16** ¿Te pagan por realizar ese trabajo?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**A continuación, te vamos a hacer algunas preguntas sobre tu historia escolar**

**17** ¿Fuiste a jardín de infantes? (Seleccioná una sola opción)

Sí, fui al jardín antes de los cuatro años	<input type="checkbox"/>
Sí, fui al jardín desde salita de 4	<input type="checkbox"/>
Sí, fui al jardín desde salita de 5	<input type="checkbox"/>
No fui al jardín	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**18** ¿Repetiste de grado alguna vez?  
(Seleccioná una sola opción)

No	<input type="checkbox"/>
Sí, una vez	<input type="checkbox"/>
Sí, dos veces	<input type="checkbox"/>
Sí, tres veces o más	<input type="checkbox"/>

**19** En lo que va del año, ¿cuántas veces faltaste?  
(Seleccioná una sola opción)

Nunca	<input type="checkbox"/>
Menos de 15 veces	<input type="checkbox"/>
Entre 15 y 24 veces	<input type="checkbox"/>
Más de 24 veces	<input type="checkbox"/>

***Si respondiste Nunca, ir directamente a la pregunta 21***

**20** ¿Cuál fue la razón principal por la que faltaste? (Seleccioná una sola opción)

Por el clima	<input type="checkbox"/>
Porque es difícil llegar a la escuela	<input type="checkbox"/>
Por enfermedad	<input type="checkbox"/>
Porque trabajé	<input type="checkbox"/>
Por ayudar con las tareas en mi casa	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

**21** ¿Durante este año fuiste a clases de apoyo?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**En las preguntas que te vamos a hacer a continuación, te pedimos que nos cuentes cómo es tu experiencia en la escuela**

**22** En general ¿cuánto tiempo tardás en llegar a la escuela? (Seleccioná una sola opción)

Menos de media hora	<input type="checkbox"/>
Entre media hora y 1 hora	<input type="checkbox"/>
Entre 1 hora y 2 horas	<input type="checkbox"/>
Más de 2 horas	<input type="checkbox"/>

**23** ¿Te gusta ir a la escuela?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**24** ¿Te llevás bien con tus compañeros  
y compañeras? (Seleccioná una sola opción)

Sí, con todos	<input type="checkbox"/>
Sí, con la mayoría	<input type="checkbox"/>
Sí, con algunos	<input type="checkbox"/>
Sí, con pocos	<input type="checkbox"/>
No me llevo bien con ningún compañero	<input type="checkbox"/>

**25** a. ¿Entendés rápido en tu clase de Ciencias Sociales? (Seleccioná una sola opción)

Siempre	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

b. ¿Te va bien en tu clase de Ciencias Sociales? (Seleccioná una sola opción)

Siempre	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

c. ¿Te interesa tu clase de Ciencias Sociales? (Seleccioná una sola opción)

Siempre	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

26

a. ¿Entendés rápido en tu clase de Ciencias Naturales? *(Seleccioná una sola opción)*

Siempre	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

b. ¿Te va bien en tu clase de Ciencias Naturales? *(Seleccioná una sola opción)*

Siempre	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

c. ¿Te interesa tu clase de Ciencias Naturales? *(Seleccioná una sola opción)*

Siempre	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>



27

Cuando están trabajando en clase...

**a.** ¿Tus maestros/as te vuelven a explicar si no entendés?

*(Seleccioná una sola opción)*

Siempre	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

**b.** ¿Tus maestros/as escuchan tus preguntas y te responden?

*(Seleccioná una sola opción)*

Siempre	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

**c.** ¿Tus maestros/as te felicitan cuando hacés algo bien?

*(Seleccioná una sola opción)*

Siempre	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

**28** Queremos saber cuántas veces los estudiantes de tu escuela...  
( *Seleccioná una opción de respuesta para cada frase* )

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Molestan a los que se sacan buenas notas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestan a los que les va mal o repitieron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminan por alguna característica personal o familiar (religión, características físicas, nacionalidad, etnia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultan, amenazan o agreden a otros compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultan, amenazan o agreden a docentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dañan las cosas de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultan, amenazan o agreden a otros compañeros por redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29** ¿Cómo es tu aula...? ( *Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase* )

	Sí	No
En invierno es demasiado fría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En verano es demasiado calurosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es cómoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es luminosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está limpia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay poca ventilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En las preguntas que siguen, te pedimos que nos cuentes  
qué hacés en tu tiempo libre

**30** Cuando no estás en la escuela, ¿qué hacés en tu tiempo libre?  
(Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Veo televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juego juegos de consola o de computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navego en internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leo libros aparte de los de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me junto con mis amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hago deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voy a espectáculos (recital, festival, teatro, museo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo clases de pintura, danzas, música, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo clases de idiomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31 a.** ¿Tenés celular propio?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

***Si respondiste No,  
ir directamente a la pregunta 32***

**b.** ¿Tu celular tiene internet?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**c.** ¿Te dejan usarlo en el aula?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí, siempre que quiero	<input type="checkbox"/>
Sí, solo para hacer tareas	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

En esta última pregunta nos interesa saber cómo te sentiste respondiendo Aprender.

**32** ¿Cómo fue resolver las pruebas y este cuestionario?  
(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil
Prueba de Cs. Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de Cs. Naturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este cuestionario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¡¡¡Muchas gracias por tu participación!!!**



# ¡Gracias!



Aprender



Ministerio de Educación  
Presidencia de la Nación

